

**RT6**

*Politiques sociales, protection sociale, solidarités*

# Working papers

**Des usages des catégories et instruments  
d'intervention aux ambivalences de la  
recomposition des référentiels de politiques  
sociales : l'exemple des politiques de la  
vieillesse**

Hervé Hudebine (LABERS, Université de Bretagne  
Occidentale)

[herve.hudebine@univ-brest.fr](mailto:herve.hudebine@univ-brest.fr)

n° 2013-4

**AFS**  
Association  
Française de  
Sociologie

**Contact : bureau du réseau RT6,  
voir [www.rt6-afs.org](http://www.rt6-afs.org)**

**Des usages des catégories et instruments d'intervention aux  
ambivalences de la recomposition des référentiels de politiques  
sociales : l'exemple des politiques de la vieillesse<sup>1</sup>**

Hervé Hudebine (LABERS, Université de Bretagne Occidentale)

---

<sup>1</sup> Communication présentée dans le cadre du Congrès de l'Association française de sociologie Nantes / 2-5 septembre 2013. Réseau RT6 de l'Association française de sociologie : Protection sociale, politiques sociales et solidarités - Domination et émancipation dans « le social »

**Résumé :** *L'ambivalence des référentiels d'action publique explique comment les discours d'action publique peuvent simultanément contribuer à la cohésion de la société tout en autorisant l'accommodement des tensions qui la traverse. Dans le cas de la vieillesse, elle n'est pas synonyme de décalage entre les objectifs affichés de l'action publique (traditionnellement consensuels) et les orientations des protagonistes de sa mise en œuvre, mais concerne ses instruments. L'hypothèse proposée est que cette combinaison entre objectifs consensuels et ambivalence des instruments comporte fonctionnalité en termes de régulation des tensions qui traversent cette action publique, mais implique aussi que la question de la recomposition de la protection sociale en direction des personnes âgées n'est pas tranchée. Cette proposition est illustrée à partir de deux recherches. La première porte sur l'utilisation des notions de vulnérabilité et de fragilité comme outils d'individualisation et de ciblage des interventions et prestations auprès des personnes âgées, mais aussi d'optimisation des ressources de la solidarité collectives. La seconde recherche porte sur l'ambivalence des instruments de programmation et de pilotage de la mise en œuvre des politiques de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie à travers le cas des agences régionales de santé. Dans les deux cas, l'ambivalence des cadres cognitifs et instruments de l'action publique conduit à soulever la question des modalités de réalisation des arbitrages et de leurs implications, tant en termes d'évolution de la protection sociale, que pour les protagonistes et les populations cibles de cette action publique.*

L'approche par les référentiels (Jobert, Muller, 1987) a été largement mobilisée pour analyser les politiques sociales car, comme d'autres approches dites cognitives de l'action publique (paradigmes ou systèmes de croyances – Hall, 1993 ; Sabatier, Schlager, 2000), elle fournit un schéma d'analyse des processus de changements et de stabilisation des objectifs et instruments de l'action publique. Toutefois, la spécificité de cette approche est qu'elle intègre également les enjeux et conséquences sociopolitiques des processus évoqués. En d'autres termes, un accord sur des objectifs et instruments d'action publique est également analysé comme traduisant un compromis social et politique articulant références à des valeurs « globales » et des principes de régulation s'appliquant dans un secteur donné.

L'approche par les référentiels a initialement été mobilisée dans les années 1980 pour analyser les processus de changement et de stabilisation de l'action publique à partir des milieux décisionnels politico-administratifs et socioprofessionnels centraux, dans un contexte français. L'élargissement de la focale d'analyse (pour intégrer les échelons européens et locaux), dans un contexte de mutations socio-économiques a conduit à envisager, observer et analyser des configurations de plus en plus différentes de celles pour l'analyse desquelles cette approche avait été élaborée. Ainsi, la régulation d'un secteur d'intervention peut impliquer la coexistence de référentiels alternatifs (Zittoun, 2000), les valeurs et objectifs associés à une action publique peuvent faire l'objet d'un affichage répondant prioritairement à des impératifs de communication politique qui diffèrent de ceux de la coordination effective de l'action publique (Schmidt, 2002 ; Schmidt, Radaelli, 2004)<sup>2</sup>. En conséquence, les protagonistes de cette dernière, tout en intégrant les impératifs de la communication politique peuvent, par intérêt, souci pratique et/ou conviction, effectuer des choix d'instruments d'intervention sélectifs ou ambigus (Busch, 1999 ; Schlager, 1999).

Ainsi, dans le cas de deux politiques britanniques des années 1980 et 1990 (santé publique et lutte contre la toxicomanie) que nous avons étudiées, il était possible de mettre en évidence la coexistence prolongée de décalages entre des référentiels de politiques sociales affichés (santé publique individualiste et promotion de l'abstinence) et ceux d'une majeure partie des protagonistes de la mise en œuvre (santé publique sociale et promotion de la réduction des risques – Hudebine, 2005, 2008, 2009). Dans les deux cas, les objectifs, les fondements normatifs, scientifiques et techniques avaient fait l'objet de vigoureuses controverses dans l'arène politique mais aussi dans différents forums d'action publique. Au plan politique, la valeur symbolique attachée à l'affirmation de la responsabilité et de la rationalité individuelles en matière de santé, tout comme au péril social constitué par la toxicomanie se doublait d'une relative indifférence à l'égard des dispositifs d'intervention effectivement déployés, pour peu que ceux-ci soient fonctionnels et peu visibles. Il revenait aux protagonistes de la mise en œuvre des politiques évoquées, qui étaient soucieux des inégalités sociales de santé ou de la préservation de la santé des toxicomanes, de décoder puis d'intégrer la primauté et les règles de la communication politique, à leurs risques et périls (y compris en termes de carrière) en cas de faux pas.

---

\*Laboratoire d'études et de recherches sociologiques - LABERS, EA 3149, Université de Bretagne Occidentale, Brest, herve.hudebine @ univ-brest.fr.

2 La notion de discours de communication renvoie aux « moyens par lesquels des acteurs clés de l'action publique essayent, à travers la discussion et la délibération, de persuader l'opinion publique que les politiques développées dans la phase de coordination sont nécessaires (arguments cognitifs) et appropriées (arguments normatifs) ». Vivian Schmidt le distingue du « discours de coordination », c'est-à-dire le « langage et le cadre communs à travers lesquels les groupes clés dans une action publique arrivent à la construction d'un programme ». Pour elle, « L'équilibre entre les discours de coordination et de communication varie d'un pays à l'autre » (Schmidt, 2002, pp. 171-172).

L'ambivalence des référentiels d'action publique constituait dès le départ une hypothèse des promoteurs de cette approche (Jobert, 1985 ; Jobert, Muller, 1987 ; Palier, 2009). Ceux-ci précisait que le compromis à la fois sociopolitique et fonctionnel que traduit un référentiel d'action publique s'exprime presque nécessairement par l'affichage de notions floues ou ambiguës, propres à exprimer un souci de cohésion de la société tout en permettant d'accommoder les tensions qui la traversent. Il est possible de supposer que l'ambivalence des référentiels d'action publique recouvre à des époques et dans des contextes donnés l'élaboration de compromis plus ou moins formalisés (par exemple, à une époque, de type néo-corporatiste) entre pouvoir politique et groupes ou coalitions de cause engagés dans, ou affectés par, l'action publique (Giraud, 2004 ; Giraud, Warin, 2008). Les exemples évoqués indiquent que d'autres cas de figure doivent être envisagés. La régulation d'une action publique traversée par de multiples tensions (les mécanismes qui la font « tenir » selon les termes de Pierre Muller - 2000) peut, à l'exemple des cas britanniques évoqués, impliquer un degré d'indifférence du personnel gouvernemental aux arrangements et dispositifs concrets contradictoires, pour peu que ceux-ci demeurent peu visibles et présentent une fonctionnalité.

Si ce type de cas de figure conduit à relativiser (c'est-à-dire réduire la portée générale) des schémas d'analyse du changement et de la régulation des politiques proposés par les approches cognitives, il ne réduit pas l'un des autres apports clés de l'approche par les référentiels. Considérer l'ambivalence des référentiels d'action publique conduit à envisager une diversité de configurations et de modalités de gestion des tensions qui la traversent. Pour autant, il est toujours possible de chercher à apprécier les enjeux et conséquences de leur évolution au plan politique et social.

Les paradoxes qui traversent la politique française de la vieillesse, de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des années 2000 sont bien différents de ceux qui ont été mentionnés dans les exemples évoqués. L'ambivalence qui caractérise cette action publique procède moins de l'affirmation de valeurs et choix tranchés, qui seraient en décalage avec ceux des protagonistes de sa mise en œuvre, que des caractéristiques des catégories d'intervention et instruments qu'elle mobilise. Le propos qui suit vise à montrer que la combinaison entre objectifs consensuels et indétermination au plan des instruments comporte une fonctionnalité en termes de régulation des tensions qui traversent cette action publique. Pour autant, elle implique que la question de la recomposition de la protection sociale en direction des personnes âgées n'est pas tranchée, tandis que les arbitrages sont effectués sous contrainte et/ou en fonction de contingences, l'ensemble pouvant conduire des protagonistes de la mise en œuvre de cette politique à s'interroger sur le sens de leur travail.

L'analyse proposée ici repose sur deux recherches. La première a porté sur l'utilisation des catégories de vulnérabilité et de fragilité dans les politiques menées en direction des personnes âgées (Hudebine, 2013)<sup>3</sup>. Elle a été réalisée à partir de l'analyse d'une cinquantaine de documents produits dans différents types de forums d'action publique entre 2003 et 2011 (voir encadré, p. 8). La seconde est une recherche exploratoire à propos de l'impact de la mise en place des agences régionales de santé sur la mise en œuvre locale des politiques médico-sociales, ces dernières englobant la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées qui sera plus spécifiquement traitée ici<sup>4</sup>. Elle a été conduite à partir d'une

---

3 Cette recherche a été menée dans le cadre du projet ANR Vulage coordonné par M. Rebourg (CRDP, université de Brest).

4 Cette recherche a été menée en collaboration avec Jorge Munoz (LABERS, université de Brest), Alain Jourdain (EHESP, Rennes) et Hervé Michel (MADOPA, centre expert).

analyse documentaire et d'une trentaine d'entretiens semi-directifs menés dans deux régions avant l'alternance politique de 2012.

Conformément à la problématique esquissée plus haut, la réflexion sera menée en trois temps. Un premier point portera sur les valeurs et objectifs affichés des politiques de la vieillesse (intégration sociale, préservation de la dignité, de l'autonomie, des capacités à décider pour soi-même...). Les travaux consacrés à cette action publique permettent de conclure à son caractère plutôt consensuel. Les controverses, ponctuelles, qui interviennent (autour de la prestation spécifique dépendance ou de la crise de la canicule) procèdent de moments de crise qui font apparaître des décalages ou insuffisances au plan de la mise en œuvre de l'action publique. Le champ des politiques françaises de la vieillesse est plutôt traversé par des controverses à bas bruit, qui traduisent le décalage qui existe entre les valeurs, objectifs affichés dans l'action publique et les représentations sociales et professionnelles qui gouvernent sa mise en œuvre, ou encore sur les questions relatives au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

En second lieu, on s'attachera à montrer qu'en l'absence de grandes joutes idéologiques ou manœuvres stratégiques, l'ambivalence des référentiels des politiques françaises de la vieillesse peut être envisagée sur plusieurs points : la distribution des responsabilités relatives à la prévention et à l'anticipation de la perte d'autonomie et des charges qui lui sont associées, les critères d'attribution des ressources de la solidarité publique ou encore les critères de démarchandisation du financement et de l'offre de services. Les ambivalences des cadres cognitifs de l'action publique dans le champ de la vieillesse seront envisagées à partir de la recherche effectuée à propos de l'utilisation de deux catégories de l'action publique, la vulnérabilité et la fragilité.

Enfin, il s'agira de proposer que le non choix, l'ambiguïté ou une forme d'hybridation synthétisant plusieurs héritages et référentiels d'action publique caractérisent également la configuration de la mise en œuvre des politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie. Ce point sera plus brièvement traité à partir de la recherche en cours à propos des conséquences de la mise en place des agences régionales de santé sur la mise en œuvre des politiques médico-sociales à l'échelon local. Des hypothèses seront également formulées à propos des incidences de cette réforme sur les protagonistes de la mise en œuvre.

### **1. Les politiques de la vieillesse entre objectifs consensuels et controverses à bas bruit**

Le « cœur » du référentiel des politiques de la vieillesse demeure consensuel. En effet, la nécessaire intégration sociale de la population âgée, la mise en œuvre transversale de réponses globales aux besoins de cette population, l'attribution de moyens, la professionnalisation et l'amélioration de la prise en charge et l'accompagnement de la perte d'autonomie en constituent des leitmotifs depuis un demi-siècle (Henrard, Ankri, 2003) et suscitent peu de controverses. Des évolutions peuvent certes être observées depuis les années 1960, par exemple en ce qui concerne l'articulation, et non plus la substitution, entre solidarités familiale et de proximité d'une part et, d'autre part, solidarités collectives (Le Bihan, 2013).

Le champ de l'action publique en direction des personnes âgées est cependant traversé par des débats qui touchent les représentations des populations visées, mais aussi les instruments d'intervention et de financement. Ces débats et controverses émergent rarement dans les arènes politiques et publiques et sont plutôt conduits dans les forums spécialisés, scientifiques, professionnels, de l'action publique ou hybride. Ils touchent tout d'abord, effet de la montée en puissance de la question de la « dépendance », les représentations

« déficitaires » du grand âge attribuées à l'influence des gériatres. A ces dernières sont opposées des conceptions plus multidisciplinaires du grand âge, l'apport des sciences sociales permettant d'appréhender les personnes et les populations concernées dans leur environnement en tenant compte des parcours de vie, des configurations familiales et microsociales (Ennuyer, 2002). Au même titre que pour les autres champs des politiques sociales, il peut donc être argumenté que la construction de la population cible des actions publiques est plurielle et ambivalente (Schneider, Ingram, 1993 ; Lieberman, 1995) dans le champ de la vieillesse. La caractérisation et la catégorisation des personnes âgées et très âgées dans l'action publique donnent lieu à des controverses. Celles-ci portent sur les représentations induites par les étiquetages et classifications, mais aussi sur les incidences de ces processus, tant au plan de la position sociale des populations (isolement, marginalisation, stigmatisation) que de leur gouvernement au sens foucauldien du terme (Thomas, 1996).

A un autre degré, mais de manière liée, de la mise en place de la prestation expérimentale de dépendance en 1994 au débat organisé sur la question en 2011, les débats touchent les instruments de financement et, dans une moindre mesure, la distribution des responsabilités de mise en œuvre de la politique de prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie. Thomas Frinault (2009) souligne la faible mobilisation sociale que suscitent ces questions, sauf exception tels le scandale de la prestation spécifique de dépendance (1998) ou la crise de la canicule (2003). En conséquence, la détermination des options qui prévalent s'effectue de manière contingente. Elle procède de l'héritage de l'action publique, de contraintes financières, des positionnements stratégiques et politiques des acteurs impliqués, mais aussi de facteurs tels que les coûts d'expérimentation et d'apprentissage des techniques d'intervention. Ce processus a pu être qualifié de bricolage de l'action publique, marqué par la volonté des acteurs de pouvoir revenir sur les engagements financiers (Frinault, 2005). Sa mise en œuvre, confiée aux conseils généraux, est de plus en plus encadrée par des programmes et instruments de suivi à distance, pilotés par l'état ou ses agences nationales et régionales (Argoud, 2008). Le dispositif hybride qui en résulte ne traduit pas des choix tranchés puisqu'il incorpore ambitions universalistes, ticket modérateur et ciblage des ressources de la solidarité, financement par les impôts, la CSG et une contribution de l'assurance maladie.

Le point qui suit constitue une illustration de ces ambivalences et du souci d'optimisation des ressources de la solidarité publique à travers l'analyse des usages des notions de vulnérabilité et de fragilité comme catégories de l'action publique en direction des personnes âgées.

## **2. Les usages des notions de vulnérabilité et de fragilité comme révélateur de la recomposition ambivalente de la protection sociale des personnes âgées**

Dans le champ des politiques de la vieillesse comme dans d'autres domaines d'intervention sociale, les catégories de fragilité et surtout de vulnérabilité traduisent une susceptibilité des personnes à un ensemble de risques (pas seulement d'ordre sanitaire et psychologique, mais aussi social et économique) qui sont envisagés de manière multifactorielle (Michel, 2012). La mobilisation croissante de ces catégories dans l'action publique a souvent été associée à la diffusion de nouveaux modèles ou référentiels de politiques sociales (Etat social actif ou d'investissement social) en raison des changements qu'elle recouvre en ce qui concerne les modalités et les objectifs des interventions (Lima, 2010 ; Soulet, 2005, 2008 ; Vrancken, 2010). A la différence des critères d'âge et/ou de genres, les notions de vulnérabilité et de fragilité impliquent une appréciation individualisée et multifactorielle des situations et non la simple application de catégories préétablies qui peuvent à la fois être stigmatisantes et porteuses d'effets pervers pour les populations concernées (Nicole-Drancourt, 2007). En

deuxième lieu, l'appréciation de la situation des personnes ne vise pas (ou moins) l'attribution d'une prestation standard (souvent sous forme d'allocation monétaire) en réparation de la réalisation d'un risque social. Il s'agit plutôt d'équiper (...ou d'activer) les personnes pour prévenir ces risques, les surmonter ou anticiper les charges qui leur sont associées lorsqu'ils se réalisent (Lima, 2010).

Les modalités et objectifs des interventions sociales qui viennent d'être évoquées ont déterminé des analyses critiques des évolutions de la protection sociale que recouvre la mobilisation croissant des catégories de fragilité et, surtout, de vulnérabilité. L'individualisation, de l'appréciation des situations et des interventions, toucherait aussi la responsabilité face aux risques, rabattue sur les personnes. Il y aurait un paradoxe à enjoindre les populations les plus fragiles à « s'activer » pour construire des projets (professionnels, de vie) alors qu'elles figurent parmi les moins dotées en ressources (Soulet, 2005 ; Duvoux, 2009). Enfin, le nouvel esprit de l'intervention sociale qui transparait au travers de la mobilisation croissante des catégories de vulnérabilité et de fragilité signalerait un renversement des objectifs de l'action publique dans ce domaine. L'enjeu deviendrait moins de protéger les populations des effets du marché (démarchandisation) que de les équiper pour y être opérationnelles (remarchandisation) et contribuer ainsi à la soutenabilité de la protection sociale (Thomas, 2010 ; Vrancken, 2010).

Outre la prévention des effets pervers de la mobilisation de catégories préétablies, deux types d'arguments, que l'on empruntera aux analyses des politiques d'activation dans le champ de l'emploi et de l'insertion (Barbier, 2008a), peuvent être avancés pour nuancer les critiques de la montée en puissance d'un « paradigme de la vulnérabilité » qui viennent d'être avancées. D'une part, le degré de remarchandisation auquel correspondrait l'activation de populations appelées à prévenir, anticiper et/ou surmonter leur vulnérabilité dépend du volume de ressources de la solidarité publique mobilisées et de la qualité des prestations d'accompagnement offertes à cette fin. D'autre part, et de manière liée, l'activation des populations vulnérables peut, en fonction des types de systèmes de protection sociale considérés, prendre une forme plus ou moins disciplinante ou opportuniste.

Appréciée à l'aune des recompositions de la protection sociale, la mobilisation des catégories de fragilité et de vulnérabilité dans l'action publique peut donc être qualifiée d'ambivalente, tant en ce qui concerne la remarchandisation (mais aussi la refamilialisation), que les opportunités ou contraintes qu'elle peut induire pour les populations et les personnes concernées. Il pourrait être argumenté que la mesure dans laquelle la mobilisation de ces catégories se traduira en termes de (re)marchandisation, (re)familialisation, imposition de disciplines ou ouvertures d'opportunité, dépend des contextes nationaux et institutionnels (type de protection sociale), mais aussi des secteurs d'intervention considérés. Une autre hypothèse, qui n'est pas contradictoire, consiste à considérer que l'ambivalence des recompositions potentielles de la protection et des politiques sociales que peut traduire la mobilisation des catégories de vulnérabilité et de fragilité constitue précisément l'un des ressorts de leur diffusion dans l'action publique. La mobilisation potentiellement ambivalente de ces catégories, ambiguës ou molles, de l'action publique laisserait en quelque sorte subsister un degré d'indétermination, tout du moins au plan discursif, quant aux recompositions des politiques sociales qu'elle traduit. L'intérêt en termes de régulation politique et sociale serait double : une neutralisation discursive des tensions qui traversent les politiques sociales et la possibilité d'optimiser les ressources qu'elles mobilisent.

Dans cette perspective, l'utilisation des catégories de vulnérabilité et de fragilité dans les politiques de la vieillesse, de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie



sera analysée sous trois angles. On montrera d'abord comment, à des fins de prévention, ces catégories sont mobilisées dans l'action sur l'environnement (entendu au sens large) des personnes âgées, mais aussi dans la promotion d'un vieillissement actif, au sens physique et intellectuel mais aussi social du terme. On s'intéressera, en deuxième lieu, à la mobilisation des notions de vulnérabilité et de fragilité comme critères d'attributions de ressources supplémentaires de la solidarité publique puis, en troisième lieu, comme critères de démarchandisation ciblée du financement et de l'offre de services à la personne. L'ensemble permettra en quatrième de mettre en évidence l'ambivalence des registres sur lesquels ces notions sont mobilisées.

## Méthodologie et hypothèses

**1) L'étude réalisée est fondée sur un échantillon de 50 documents produits dans une diversité de forums des politiques sociales (Barbier, 2008b) en relation avec les questions de la vieillesse entre 2002 et 2011 :**

- Think Tanks : Fondation Terra Nova, Fondation pour l'Innovation Politique, Fondation Jean Jaurès, Fondation Terra Nova, Institut Montaigne (n = 6)
- Experts indépendants ou de l'administration publiques (Inspection Générale des Affaires Sociales, Centre d'Analyse Stratégique par exemple) (n = 18)
- Forums consultatifs institutionnels (Conseil économique, social et environnemental) ou convoqués ponctuellement par les autorités publique (Conférence de la famille, débat national sur la dépendance) (n = 8)
- Agences ou organismes de protection sociale (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie, Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) (n = 8)
- Programmes et plans gouvernementaux (Alzheimer, Bien vieillir, Solidarité grand âge...) (n = 5)
- Rapports et extraits de débats parlementaires (Assemblée nationale, Sénat) (n = 4)
- Section Personnes âgées du site Solidarite.gouv.fr (<http://www.solidarite.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees,776/> visité le 10/11/2011) (n = 1)

L'analyse lexicographique montre que les notions de vulnérabilité et de fragilité sont (environ 12 fois) moins mobilisées que celle de dépendance, mais une inflexion est observable au milieu des années 2000.

**2) La grille d'analyse des documents d'action publique a été conçue et adaptée à partir des hypothèses associant la mobilisation croissante de la notion de vulnérabilité comme critère ou catégorie d'intervention dans différents champs des politiques sociales à la diffusion d'un référentiel ou paradigme de l'activation ou de l'investissement social:**

<b>Prévention et accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repérage des situations entraînant un risque de perte d'autonomie</li> <li>• Action sur l'environnement, le cadre de vie, le logement des personnes, y compris en termes d'appui aux réseaux sociaux et micro-sociaux qui les soutiennent</li> <li>• Ciblage des incitations à l'activité physique, intellectuelle et sociale</li> <li>• Anticipation active de la perte d'autonomie et de ses coûts par la constitution et/ou la préservation d'un capital, économique, de santé et social</li> </ul>
<b>Critères d'attribution de ressources de solidarités publiques supplémentaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scénarios de financement envisageant un ciblage accru des ressources des solidarités publiques sur les populations en situation de difficulté socio-économique et de perte d'autonomie</li> <li>• La vulnérabilité/fragilité de l'entourage comme critères d'attribution de ressources publiques supplémentaires</li> </ul>
<b>Critères de démarchandisation ciblée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulnérabilité «économique exonérant de la responsabilité d'anticipation financière de la perte d'autonomie</li> <li>• Atténuation de l'application des règles du marché et/ou de la concurrence : services financiers (micro-crédits), tarifs de prestataires privés adaptés, tarifs sociaux, missions d'intérêt général justifiant l'atténuation des règles de la concurrence dans le champ des services à la personne</li> </ul>

**3) L'ambivalence des objectifs ou normes auxquelles la mobilisation des notions de vulnérabilité et fragilité est associée dans ces documents reflète celle des paradigmes émergents et non stabilisés de l'activation/investissement social.** Cette ambivalence peut, de la même manière, être considérée comme un ressort de la diffusion de ces catégories (Jenson, 2012).

**Mobilisation de la notion et attention aux situations de vulnérabilité**

Comme antidote aux catégorisations stigmatisantes et porteuses d'effet pervers.  
A des fins de correction des inégalités et synonyme d'attention aux situations et droits individuels

Vecteur de la redistribution des responsabilités de la prévention, de l'anticipation et de la prise en charge de la perte d'autonomie.  
Autorisant l'optimisation de l'utilisation des ressources des solidarités collectives

## **Action sur l'environnement et activation des personnes dans une perspective de prévention et d'accompagnement de la vulnérabilité et de la perte d'autonomie.**

Depuis le milieu des années 2000, notamment le Plan bien vieillir de 2006, les programmes d'action publique mettent l'accent sur la prévention de la vulnérabilité et de la fragilité dans leurs acceptions économiques et relationnelles aussi bien que physiologiques et psychologiques. Les préconisations relatives au « repérage »<sup>5</sup> ou au « dépistage » des « situations de fragilité »<sup>6</sup> qui induisent un risque accru de dépendance apparaissent de plus en plus dans les rapports d'experts, d'instances consultatives ou d'agences. La tendance est encore plus marquée en ce qui concerne les recommandations visant à « cibler » de manière accrue les « actions de prévention sur les populations vulnérables ou fragiles »<sup>7</sup>. Ces orientations se concrétisent dans des actions sur l'environnement (entendu au sens large) des personnes âgées, l'appui aux réseaux sociaux et microsociaux qui les soutiennent, mais aussi par une politique de promotion du vieillissement actif.

L'attention se porte sur l'environnement (conception de la cité, architecture, transport<sup>8</sup>) et la façon dont il peut atténuer, voire gommer, les problèmes de santé, de vie quotidienne des personnes âgées vulnérables<sup>9</sup>, par exemple pour que les lieux publics soient accessibles aux personnes âgées fragiles<sup>10</sup>, ce qui contribue au maintien de leurs liens sociaux<sup>11</sup>. Les réflexions relatives à l'espace public sont fréquemment articulées avec des recommandations visant l'adaptation des « lieux de vie (habitats individuels ou collectifs) et de soins (établissements hospitaliers ou médico-sociaux) aux personnes âgées afin de combattre efficacement leur fragilité »<sup>12</sup>. L'adaptation des logements est également conçue comme un « facteur de prévention des risques et la fragilité » qui facilite le maintien à domicile des personnes âgées<sup>13</sup> et son coût peut donc à ce titre être incorporé dans les plans d'aide.

En ce qui concerne l'appui aux réseaux sociaux et microsociaux qui soutiennent les personnes âgées, le Plan Bien Vieillir prévoit un renforcement du soutien aux associations qui proposent des activités aux personnes âgées. Plusieurs rapports préconisent le développement de réseaux informels de proximité pour permettre le « repérage » des « personnes âgées fragiles ou isolées » et « alerter » en cas de problèmes de santé par exemple<sup>14</sup>. Les actions intergénérationnelles sont soutenues par les pouvoirs publics (CNSA, DGAS, DGS) et considérées comme l'un des « axes stratégiques » des politiques de la vieillesse lors du débat

---

5 Boulmier, 2010, 15, par exemple.

6 Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie, 2011, 22 ; Weber et al. (Conseil Economique, Social et Environnemental), 2011, 10.

7 Weber et al., 2011, 8 ; Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse, 2010 ; Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie, 2011, 21, 22, 26 ; Morel et al., 2011, 14, 38.

8 Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille, 2006a, Plan national "Bien Vieillir" 2007 – 2009, 22.

9 Boulmier, 2009.

10 Broussy, 2011 ; Boulmier, 2009, 2010 ; Le Guen, 2010 ; Geiss, 2007.

11 Coquillon, 2007, 55.

12 Geiss, 2007, 9 ; mais voir aussi : Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille, 2006a, Plan national "Bien Vieillir" 2007 – 2009, 22 ; Coquillon, 2007, 54-55.

13 Boulmier, 2009, 28 ; voir aussi Boulmier, 2010.

14 Boulmier, 2010, 15 et 19.

national sur la dépendance dans la mesure où elles facilitent « le ciblage des populations vulnérables »<sup>15</sup>.

L'action publique sur les facteurs environnementaux et sociaux qui concourent à prévenir la vulnérabilité ou à en améliorer l'accompagnement incorpore également des mesures visant le soutien à l'entourage proche des personnes âgées. L'appui aux aidants vise à prévenir « le sentiment d'abandon et les altérations de l'état de santé »<sup>16</sup> tout en préservant leur « solidité psychologique et morale »<sup>17</sup>. La prise en compte de la vulnérabilité potentielle des réseaux microsociaux qui soutiennent les personnes âgées se traduit certes par une sollicitude publique (mise en place de groupes d'écoutes et de parole –Fassin, 2004), mais aussi par des aides concrètes (suivi médical, formules de répit, structures d'accueil temporaire, rémunération et formation en vue d'un retour à l'activité professionnelle).

L'action sur l'environnement, les soutiens sociaux et microsociaux des personnes âgées s'articule avec des incitations à l'activité. Le principe d'activation, d'abord développé dans le domaine de l'emploi et de l'insertion, se diffuse pour viser les seniors incités à se maintenir dans l'emploi ou à s'engager dans le bénévolat (Guillemard, 2007 ; Mandin, 2007 ; Powell, Edwards, 2002 ; dans les documents étudiés : Le Guen, p 7 et Geiss, 2007). Depuis le milieu des années 2000, l'approche en termes d'activation s'étend à la prévention de la vulnérabilité et de la dépendance chez les personnes âgées. Le plan « Solidarité grand âge » de 2006 prône ainsi une « politique du nouvel âge actif » qui combine la promotion de « l'emploi des seniors » et celle d'une « longévité active et en bonne santé » grâce à l'activité physique mais aussi sociale. En effet, « La retraite peut être synonyme de temps libre, mais aussi d'un certain isolement (...) particulièrement pour les retraités des classes sociales modestes (...). L'ennui, l'inactivité physique et intellectuelle, la solitude peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé physique, mentale et sociale ». Dans le Plan bien vieillir 2007-2009, la santé physique et « sociale » des personnes âgées est conçue comme passant par « une retraite active », notamment par le biais de l'« engagement dans le cadre du bénévolat »<sup>18</sup>. La promotion des vertus préventives de l'activité physique et intellectuelle, mais aussi sociale, des seniors, retraités et des personnes âgées est aussi effectuée au sein des think tanks marqués à droite comme à gauche<sup>19</sup>, tandis que les recommandations des instances consultatives (CESE) ou des agences (CNSA) comportent un volet de lutte contre l'inactivité. Physique, mentale ou sociale, celle-ci est désormais conçue comme un facteur d'accroissement du risque de dépendance<sup>20</sup>.

Si la promotion de l'activité, tout comme les mesures visant l'environnement des personnes âgées, sont « ciblées afin de bénéficier aux personnes qui en ont le plus besoin. »<sup>21</sup>, tel est également le cas de l'attribution des ressources de la solidarité publique.

---

15 Morel, Veber, 2011, Annexes – Recommandations et positions des membres p. 14, voir également sur ce point Le Guen, 2010, 109).

<sup>16</sup> Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2008, p. 13.

<sup>17</sup> Coquillon, 2007, p. 25.

<sup>18</sup> Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 2006a, 4 et 9 à 11.

<sup>19</sup> Geiss, 2007, dans le premier cas ; Le Guen, 2010, dans le second.

<sup>20</sup> Weber, Véroller, Conseil Economique, Social et Environnemental, 10 ; Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie, 2011, 21, 22 et 26.

<sup>21</sup> Morel, Veber, 2011, 33.

## **Vulnérabilité et fragilité comme critères d'attribution de ressources supplémentaires de la solidarité publique**

Le ciblage des ressources publiques sur les personnes âgées les plus fragiles et vulnérables s'effectue déjà par le biais des aides directement apportées aux individus ou des exonérations de charges sociales et patronales dont bénéficient les structures de services d'aide et les personnes qui y recourent. Le montant de l'APA est calculé en fonction du degré de dépendance de la personne et est diminué de la participation éventuelle (ticket modérateur) laissée à sa charge et calculée en fonction de ses ressources. L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées fournie par les départements peut également être comprise comme une prise en compte de la vulnérabilité socio-économique (Frinault, 2009 ; Le Bihan-Youinou, 2010).

Dans les rapports et débats consacrés au financement de l'accompagnement de la dépendance, l'option du financement mixte, (socle de solidarité publique et recours à l'assurance ou aux produits d'épargne privés) incorpore également un ciblage des ressources de la solidarité publique sur les populations vulnérables ou fragiles, d'un point de vue socio-économique ou en fonction de l'évaluation de la perte d'autonomie. Le rapport sénatorial de 2008 et celui du Centre d'analyse stratégique privilégient le « ciblage accru des dispositifs », en particulier en ce qui concerne la « solvabilisation », à l'aide de fonds publics, « des personnes les plus fragiles »<sup>22</sup>. Prenant en compte l'accroissement prévisible de « la charge liée à la grande dépendance », la mission parlementaire dirigée par V. Rosso-Debord propose de « recentrer l'allocation personnalisée d'autonomie sur les personnes les plus dépendantes, celles appartenant aux GIR 1 à 3 »<sup>23</sup>.

Une tendance similaire est observable lorsque l'on s'intéresse aux propositions des groupes consultatifs, des think tanks et à celle des experts. Dans le cadre du débat national organisé en 2011, le groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance envisage ainsi de plafonner le « bouclier » de reste à charge pour l'accompagnement de la perte d'autonomie « en fonction des revenus ou du patrimoine, afin de cibler le mécanisme sur les personnes âgées les plus fragiles »<sup>24</sup>. La Fondation pour l'innovation politique, plus marquée à droite, préconise « la concentration des aides sur les plus fragiles »<sup>25</sup>. Si les think tanks marqués à gauche envisagent plus volontiers un accroissement des ressources fiscales et de la protection sociale pour financer l'accompagnement de la perte d'autonomie (Terra Nova, Jean-Jaurès), ils n'excluent pas que le renforcement du « socle de solidarité publique » concerne avant tout « les plus fragiles », c'est-à-dire les « plus défavorisés »<sup>26</sup>.

Sur le même registre, l'Inspection générale des affaires sociales propose que le critère de fragilité justifiant l'allocation de ressources supplémentaires incorpore une évaluation de la capacité des proches des personnes. Des ressources supplémentaires (relèvement du plafond de l'APA et diminution de la participation à l'aide) seraient accordées lorsque l'entourage et la famille des personnes aidées peuvent être considérés comme « fragiles », c'est-à-dire « pas en mesure de coordonner et d'encadrer des intervenants parfois multiples. (...) Les bénéficiaires (...) les plus fragiles [seraient obligés] à un recours minimal à un prestataire,

---

22 Centre d'Analyse Stratégique, 2006, 103, 173; Vasselle, 2008, 95.

23 Rosso-Debord V., 2010, 89.

24 Fragonard B., 2011, annexe IX, p. 5.

25 Brongniart et al., 2007, 57.

26 Le Guen, 2010, pour la Fondation Jean Jaurès, 153 et 158.

dont une partie du service devrait être consacré à la coordination de l'ensemble des aidants »<sup>27</sup>. Le principe selon lequel les ressources des politiques de la vieillesse doivent viser « en priorité (...) les publics les plus vulnérables » se retrouve également lorsqu'il s'agit de cibler les aides publiques à l'amélioration de l'habitat devant favoriser le maintien à domicile<sup>28</sup>.

La vulnérabilité et la fragilité des personnes âgées justifient également l'attribution de protections supplémentaires. La prévention des abus de faiblesse et de la maltraitance constitue depuis longtemps des axes clés des politiques de la vieillesse. Toutefois, il apparaît que la vulnérabilité et la fragilité des publics aidés deviennent également des critères justifiant une atténuation de l'application des règles du marché et de la concurrence dans le domaine des services à la personne.

### **La vulnérabilité et la fragilité comme critères de démarchandisation ciblée du financement et de l'offre de services à la personne**

Les préconisations des rapports parlementaires de 2010 quant au financement mixte de la prise en charge de la perte d'autonomie peuvent, pour une part, être appréhendées comme une forme d'encadrement et de modulation des règles de l'assurance privée, notamment en relation avec le degré de vulnérabilité socio-économique. Les personnes relevant de cette dernière catégorie seraient ainsi exonérées de la responsabilité d'anticiper leur perte d'autonomie (ou de ne l'avoir pas fait) dans un contexte où une partie du financement de son accompagnement serait marchandisée.

Cette logique de démarchandisation partielle et ciblée, par le biais de l'intervention publique ou du tiers secteur, se retrouve dans les propositions de mesures devant permettre aux personnes âgées les plus défavorisées de demeurer à domicile. Il peut s'agir du développement de micro crédits à l'intention des seniors « les plus fragiles économiquement » pour leur permettre de financer le coût résiduel, après aides publiques, des travaux d'aménagement de leur logement<sup>29</sup> ou de la proposition de tarifs de services (internet par exemple) « compatibles avec la fragilité des populations [âgées] ciblées »<sup>30</sup>.

Une partie des mesures envisagées, dans la mesure où elles induisent une distorsion et/ou un encadrement des règles du marché, requiert l'application d'une clause européenne permettant aux personnes âgées vulnérables de bénéficier de tarifs sociaux. Un argument similaire est mobilisé dans le domaine des services d'aide à domicile depuis le milieu des années 2000. Dans ce secteur, l'IGAS estime que les restrictions à une concurrence loyale entre prestataires (lorsque les conseils généraux privilégient des structures de l'économie sociale par le biais de tarifications plus favorables) demeurent sans « justification au nom de l'intérêt général » et met en cause l'argument selon lequel « la prise en charge des publics fragiles doit relever du secteur non marchand »<sup>31</sup>. Les inspecteurs de l'IGAS soutiennent néanmoins une atténuation des lois du marché car la « vulnérabilité » de la population aidée soumet les prestataires à « des sujétions particulières de service public ». Dès lors, des services d'aide à domicile, répondant à un appel à projets et passant une convention pluriannuelle d'objectifs et de

---

27 Brongniart et al., 2007, p. 54.

28 Boulmier, 2009, 55.

29 Boulmier, 2009, 19.

30 Boulmier, 2010, 47.

31 Bruant-Bisson et al., 2010, 32.

moyens avec un conseil général, pourront bénéficier de tarifs de facturation plus favorables. Ceux-ci reflèteront « des efforts spécifiques de qualification et de spécialisation réalisés ou à réaliser » pour intervenir auprès des publics vulnérables, justifiant ainsi la dérogation à la directive européenne sur les services<sup>32</sup>. La vulnérabilité et la fragilité dans leurs différentes acceptations peuvent donc apparaître comme des critères de ciblage des ressources de la solidarité publique, mais aussi d'exemption ou d'atténuation de l'application des règles du marché dans un secteur où leur place s'accroît.

L'analyse de l'utilisation des catégories de vulnérabilité et de fragilité donne à voir les modalités d'articulation et d'ajustement des différents objectifs des politiques de la vieillesse, qui passent par l'ambivalence des registres mobilisés.

### **L'ambivalence des registres mobilisés**

L'attention aux parcours des personnes appréhendées dans leur environnement et en fonction des configurations microsociales dans lesquelles elles se trouvent incorpore aussi une recherche de l'activation et de la préservation de leurs potentialités. Une telle approche peut constituer un « antidote » aux représentations sociopolitiques et professionnelles déficitaires, et donc stigmatisantes de la vieillesse. Toutefois, elle implique également une redistribution des responsabilités en ce qui concerne prévention et anticipation des charges associées à la perte d'autonomie. L'injonction à l'activité des seniors, outre qu'elle est susceptible de prévenir et/ou retarder la perte d'autonomie, recouvre également dans une certaine mesure la constitution et la préservation de capitaux (sociaux, microsociaux et financiers) qui permettront d'en amortir le coût.

Les registres mobilisés pour appuyer le ciblage sur les populations seniors ou âgées les plus vulnérables de la prévention et de la distribution des ressources de la solidarité publique sont également ambivalents. Les arguments déployés peuvent emprunter au répertoire de la correction des inégalités, y compris dans les circulaires d'application des plans de prévention<sup>33</sup>. Pour l'un des groupes de travail constitué dans le cadre du débat national sur la dépendance, des « actions de prévention ciblées socialement »<sup>34</sup> évitent que les inégalités (conditions de travail, de vie et de logement, de revenus, d'éducation, de configuration familiale, d'origine, d'accès aux soins, etc.) ne soient accentuées au moment de la vieillesse, non seulement en termes de longévité, mais aussi de qualité de vie en bonne santé, sans incapacités. Pour la CNSA, « les stratégies de prévention et de dépistage ont tendance à toucher les catégories sociales qui en ont le moins besoin ». Il faut donc « s'efforcer en priorité [d'] atteindre » les plus vulnérables au plan socio-économique<sup>35</sup>. Ce répertoire de justification est également mobilisé dans les rapports du Conseil économique et social de 2007 et de la Fondation Jean Jaurès marquée à gauche<sup>36</sup>.

---

32 Bruant-Bisson et al., 37.

33 Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse, 2010.

34 Morel A., Veber., 2011, groupe n° 1, débat sur la dépendance, annexe prévention, 128. L'accent est mis sur « les liens avérés de la dépendance et des caractéristiques socio-économiques des populations qui s'expliquent notamment par les conditions de travail pendant la carrière professionnelle, par la propension à se soigner (perception du risque, accès aux soins) ».

35 Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie, 2011, 26.

36 Coquillon, 2007 ; Le Guen, 2010, 8-10.

Toutefois, dans le rapport Rosso-Debord, « prévenir, c'est aussi limiter les dépenses à venir et il est aujourd'hui avéré qu'un certain nombre de troubles ou de maladies peuvent être à l'avance traités ou du moins retardés. Il est donc nécessaire de mieux sensibiliser à ces situations de fragilité. »<sup>37</sup>

De la norme du « Bien Vieillir » aux scénarios de la mise en place d'un « Cinquième risque », l'analyse de l'utilisation des catégories de vulnérabilité et de fragilité dans des documents d'action publique esquisse un type de contrat qui pourrait traduire une déclinaison des référentiels de l'Etat Social Actif ou de l'Etat d'Investissement Social dans le champ de la vieillesse. En contrepartie de l'information, de l'accompagnement individualisé apportés, des initiatives d'adaptation de l'environnement et des appuis publics aux soutiens sociaux et informels, les individus sont appelés à prévenir et anticiper leur vulnérabilité et/ou perte d'autonomie. De manière plus ou moins explicite, il s'agit, notamment en privilégiant des soutiens de second degré (Ansperger, 2005) d'optimiser le volume et la gestion des charges que la réalisation de ces risques est susceptible de faire peser sur leur entourage et/ou sur la collectivité. Les ressources de la solidarité publiques tendent à être mobilisées dans les cas de défaut de ressources, d'anticipations individuelles et/ou de soutiens sociaux et microsociaux des personnes.

De ce point de vue, il peut être argumenté que l'usage croissant des notions de vulnérabilité et de fragilité tient au fait qu'elles permettent d'appréhender les sujets de l'intervention sociale, non plus à travers des critères binaires (méritant, autonome ou non), mais positionnés de manière instable et évolutive sur des continuums reliant les catégories (Genard, 2009). L'appréhension des sujets à cette aune s'articule avec l'impératif d'optimisation et d'ajustement continu assigné aux interventions sociales, tant en ce qui concerne les réponses aux besoins des personnes, que les ressources et les solidarités collectives que ces réponses mobilisent.

Dans cette configuration, la mobilisation des notions de fragilité et de vulnérabilité manifeste une attention aux états, situations et droits des individus et de leurs entourages. Elle peut dans le même temps également concourir à l'acceptabilité des instruments qui procède du déploiement de logique d'optimisation des charges liées à la vulnérabilité réalisée et à la perte d'autonomie. Il en va ainsi lorsque la vulnérabilité et la fragilité sont simultanément mobilisées comme critères clés du déploiement de protections accrues, mais aussi de ciblage des dispositifs et ressources susceptibles de préserver des individus des effets de l'extension de la sphère du marché des services à la personne (démarchandisation ciblée) et de la stagnation des ressources de la protection sociale (alors distribuée selon un principe d'égalité proportionnée – Thomas 2010).

Dans les documents étudiés, les éléments de reconceptualisation et de redistribution des responsabilités de la protection des personnes âgées sont articulés avec des argumentaires qui sont ceux des promoteurs des modèles de l'Etat Social Actif ou de l'Etat d'Investissement Social. Ceux-ci soulignent notamment le caractère insoutenable et inadapté des modèles d'intervention sociale classiques dans le champ de la vieillesse (Abrahamson, 2010 ; Bonoli, 2007 ; Esping-Andersen, Palier, 2008). Toutefois, à l'instar de ce que propose J-C. Barbier (2008a) à propos des politiques de l'emploi ou de manière plus générale J. Jenson (2012), ce

---

37 Voir également le rapport de Rialle sur les technologies nouvelles : « Chacun reconnaît que retarder, ne serait-ce que de 6 mois, l'entrée en institution d'une personne âgée fragile isolée, à risque de chute et connaissant quelques troubles cognitifs, représente en général un gain considérable tant pour la personne concernée que sur le plan économique. » (Rialle V., 2007, 9)



constat ne doit pas conduire à assimiler a priori la déclinaison des principes de l'activation et de l'investissement social à la montée en puissance d'un modèle de protection résiduelle dans le champ de la vieillesse. La mobilisation des notions de vulnérabilité et de fragilité peut signaler un souci d'équité dans des stratégies d'optimisation du déploiement des ressources de la solidarité qui, au nom de la soutenabilité, incorporent des éléments d'individualisation de la responsabilité des protections et de recours encadré aux mécanismes du marché pour le financement et l'offre de service. Dans le même temps, l'utilisation de ces catégories peut dénoter une attention à l'environnement et aux réseaux sociaux et microsociaux dans lesquels sont insérées les personnes, dans un souci de préservation de leurs potentialités et de réduction des inégalités.

Aux côtés de l'affichage de valeurs et objectifs consensuels, l'étude de l'utilisation des notions de vulnérabilité et de fragilité comme critères et catégories d'intervention donne à voir les ambivalences de la recomposition de la protection sociale et des politiques menées en direction des personnes âgées. Une analyse parallèle peut être menée en ce qui concerne une partie des instruments de mise en œuvre de cette action publique. Les propositions qui sont brièvement présentées dans le point qui suit concernent l'ambivalence des instruments de programmation et de pilotage de la mise en œuvre des politiques de la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées. Elles sont effectuées à partir d'une recherche exploratoire à propos de l'impact de la mise en place des agences régionales de santé sur la mise en œuvre locale des politiques médico-sociales.

### **3. L'ambivalence des modes de programmation et de pilotage des politiques de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie**

Mises en place dans le cadre de la loi hôpital, patients santé territoire de 2009, les agences régionales de santé (ARS) doivent concrétiser plusieurs objectifs clés des politiques sanitaires et médico-sociales, notamment la réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins et services, l'amélioration des parcours patients, tout en contribuant à la rationalisation budgétaire. A cette fin elles fusionnent de manière inédite, mais seulement à l'échelon régional (Lopez, 2012 ; Vidana, 2012), les structures, agences et administrations des secteurs du soin, de la prévention et du médico-social. Dans ce dernier champ, elles endossent les missions tutélaires des anciennes administrations déconcentrées (DDASS et DRASS) à l'encontre des établissements et services médico-sociaux, mais acquièrent également un rôle clé dans deux domaines : la programmation, notamment à travers les schémas régionaux d'organisation des services médico-sociaux, l'attribution des enveloppes financières en fonction des cadrages et de la péréquation établis par la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie.

Les ARS constituent des structures hybrides puisqu'elles peuvent être appréhendées comme une tentative de synthèse entre plusieurs héritages de l'action publique dans le domaine des politiques sanitaires et médico-sociales d'une part et, d'autre part, l'adaptation d'outils de pilotage et de suivi de la mise en œuvre qui pourraient être qualifiés de néo-managériaux. La nouvelle configuration institutionnelle incorpore l'héritage de construction « par en bas » de l'offre de services et d'accompagnement dans le champ médico-social : les schémas médico-sociaux des conseils généraux subsistent et doivent être pris en compte par les nouveaux schémas régionaux qui sont élaborés en concertation avec les collectivités territoriales, les acteurs socioprofessionnels et associatifs dans le cadre de conférences régionales et territoriales et de commissions spécialisées. Pour autant, héritage de la planification hospitalière « par en haut », cet exercice de concertation est réalisé à titre purement consultatif, les directeurs généraux ayant le dernier mot, et dans le cadre d'orientations, de

cadres budgétaires et de délais précisément définis à l'échelon central par le comité national de pilotage des ARS et le secrétariat général des ministères sociaux. Les ARS ont, à ce titre, été envisagées comme les vecteurs d'une (re)verticalisation du pilotage des politiques médico-sociales (Martin-Papineau, 2012), appuyée sur le déploiement d'instruments managériaux : gouvernement à distance par les objectifs, contractualisation en cascade, mise en concurrence de prestataires par ailleurs appelés à mutualiser leurs ressources et à rationaliser leur gestion.

En termes de programmation et de pilotage de la mise en œuvre des politiques sanitaires et médico-sociales, il a été montré que la nouvelle configuration a constitué le fruit d'un travail de compromis ou d'hybridation entre les tenants de deux approches (Pierru, 2012a). Une partie des experts, hauts fonctionnaires de l'administration sanitaire et sociale, ainsi que les spécialistes de la santé publique qui ont participé à la préparation de la réforme ou contribué à l'élaboration des outils méthodologiques des outils qui l'accompagnent s'inscrivent dans l'héritage de la planification sanitaire républicaine (Jourdain, Bréchat, 2012). La contribution des hauts fonctionnaires du ministère des finances, appuyés par des consultants employés par des sociétés de conseils privées, privilégie une approche néo-managériale focalisée sur l'endiguement rapide de la dépense publique. Ces deux alternatives peuvent être rapprochées des modèles ou types de programmation et de pilotage de la mise en œuvre identifiés par les analystes qui s'intéressent aux politiques sanitaires et médico-sociales (Argoud, 2009 ; Bode, 2007 ; Jourdain et Bréchat, 2012 ; Pierru, 2012a et b).

Le premier peut être caractérisé comme privilégiant la réponse aux besoins sociaux. Dans ce cas, si la programmation est effectuée dans un cadre budgétaire contraint, elle procède d'une évaluation pluraliste et méthodologiquement rigoureuse des besoins et de l'offre existante, puis d'une hiérarchisation des priorités, le processus intégrant une consultation démocratique des parties intéressées ou de leurs représentants. Le second modèle est qualifié de néo-managériale et/ou associé à un processus de marchandisation (Bode, 2007). Dans un contexte de rationnement rapide des ressources publiques, « le libre choix » (Argoud, 2009<sup>38</sup>) des patients et usagers en termes d'accompagnement et de services est privilégié, au risque d'un saupoudrage désordonné des ressources de la solidarité publique pour ce qui est des dispositifs auxquels peuvent accéder les populations les plus modestes. La référence à la marchandisation (Bode, 2007) ou au modèle néolibéral (Pierru, 2012a et b) correspond à la mobilisation d'instruments néo-managériaux empruntant aux mécanismes du marché (mise en concurrence par appels d'offres ou à projets, par exemple) et au management des entreprises (gestion par objectifs, évaluation sur les résultats, par exemple).

L'hypothèse ici proposée est que, l'architecture juridique et institutionnelle incorporant des traits aux deux types évoqués, les modalités concrètes de programmation et de pilotages peuvent se rapprocher de l'un ou de l'autre des types évoqués en fonction de facteurs tels que les héritages régionaux et locaux dans le domaine des politiques médico-sociales, le recrutement et les stratégies des exécutifs des ARS et des instances nationales. Les premiers résultats obtenus indiquent qu'une analyse concertée des besoins et de l'offre de services et accompagnement a été conduite, mais entravée par deux types de problèmes, l'inadéquation des données et le manque de temps pour les recueillir, ainsi que pour analyser les propositions formulées par les parties prenantes (notamment les collectivités territoriales et fédérations de prestataires associatifs) dans le cadre du processus de concertation. Si des variations régionales peuvent être observées dans les modalités de prise en compte des politiques départementales, il apparaît que ce sont les orientations nationales qui prévalent (priorité

---

38 Reprenant le titre d'un rapport du Centre d'analyse stratégique publié en 2006.

absolue au maintien à domicile sans création de places d'hébergement par exemple), assorties de délais et de cadrages financiers très stricts. Des tendances similaires à celles qui ont été analysées dans le cadre de la mise en œuvre de la révision générale des politiques publiques dans d'autres secteurs (Bezes, 2010) sont observables. On songe notamment à la mise en œuvre d'un rationnement budgétaire dont la rapidité signifie que les processus d'évaluation et de priorisation des besoins et de l'offre de services, qui auraient dû constituer un préalable, sont court-circuités.

Pour autant, l'hypothèse selon laquelle l'ambivalence des modes de pilotage et de programmation qui transparaît dans l'architecture juridique et institutionnelle des ARS se traduirait dans les arbitrages concrets par le déploiement d'une dynamique de rationnement rapide des ressources de la solidarité publique de type néolibéral doit être nuancée. Les premières observations effectuées indiquent ainsi qu'à l'échelon régional, le recours à des consultants du secteur privé pour configurer les ARS et acculturer leurs personnels aux nouvelles méthodes de management a été moins prononcé qu'à l'échelon national. D'autre part, dans le champ médico-social, des variations et inflexions peuvent être observées en ce qui concerne la prise en compte des besoins sociaux par les ARS puis, dans la période postélectorale, par la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie. Ceci est particulièrement vrai lorsque ces besoins sont relayés par des acteurs qui, tels les conseils généraux, disposent à la fois de ressources politiques et financières. Consultatif, leur avis sur les programmes et schémas a des incidences sur la stature professionnelle des directeurs généraux des agences régionales de santé, qui dépendent par ailleurs de leur coopération, y compris au plan financier, lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre la politique de péréquation de la CNSA. C'est à ce titre que cette dernière a, en outre, accepté d'assouplir les modalités de mise en œuvre des programmes interdépartementaux d'accompagnement de la perte d'autonomie.

Il n'en reste pas moins que le mode de pilotage national des ARS peut placer une partie de leurs agents dans des situations difficiles. Les agents des ARS, qu'ils soient issus de l'assurance-maladie, de l'inspection des affaires sanitaires et sociales ou encore de l'administration hospitalière, ne sont pas en porte-à-faux avec les valeurs et objectifs des politiques de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie. On retrouve ici le caractère consensuel des valeurs et objectifs associés aux politiques de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie. L'adhésion est en outre assortie d'un assentiment au nécessaire cadrage budgétaire dans un secteur auparavant cogéré par les conseils généraux et les DDASS où, à la différence du champ hospitalier, des marges ont longtemps subsisté pour passer des arrangements potentiellement inflationnistes en réponse à des situations de crise dans les établissements et services et/ou à des pressions politiques.

Une partie des responsables des ARS apprécie certes la distance que la nouvelle configuration régionale introduit avec les pressions politiques et socioprofessionnelles locales, réputées inflationnistes et conçues comme entravant une planification rationnelle de l'offre. Pour autant, cette même configuration place d'autres agents dans des situations de travail inconfortables dans la mesure où ils interviennent dans les moments et lieux où le déploiement des instruments de rationnement budgétaire entre en collision avec l'expression des besoins sociaux sans, pour autant, disposer de marges pour effectuer des ajustements. A titre d'exemple, la distribution des enveloppes allouées par la CNSA, enfermée dans des délais impératifs sous peine de reprise des crédits, s'effectue en fonction de clés de répartition départementales et sur la base de critères précisant le type d'établissements ou services concernés, le tout assorti de fourchettes précises quant au coût des places d'hébergement ou d'accueil. Soumis à une injonction forte, les agents des ARS concernés ne disposent (tout du

moins jusqu'au printemps 2012) d'aucune marge d'ajustement quant aux critères établis par la CNSA, ni ne maîtrisent les disponibilités financières et priorités des conseils généraux, par exemple dans le domaine des soins à domicile.

Qui plus est, de telles situations induisent des interrogations quant au sens du travail effectué. Celles-ci ne proviennent pas, comme dans les cas britanniques évoqués, de désaccords avec les objectifs affichés de l'action publique. Le questionnement des agents des ARS procède plutôt du fait que le déploiement des instruments de l'action publique, auquel ils participent, les conduit à acter la non réalisation d'une partie des objectifs affichés de cette même action publique. Pour reprendre le fil de l'exemple évoqué plus haut, le politique de péréquation et de distribution des crédits que mène la CNSA en application de ses engagements vis-à-vis de la Caisse nationale d'assurance-maladie (ONDAM médico-social) et du gouvernement la conduit à appliquer un gel quasiment total de la création de places en établissements d'hébergement pour privilégier les soins et l'hospitalisation à domicile. Si le maintien à domicile est un objectif constant dans les programmes des politiques de la vieillesse, il n'est pas formulé en opposition à l'hébergement, tandis que le développement de formules d'accueil intermédiaire et/ou temporaire est une priorité constamment rappelée pour faciliter le retour ou le maintien à domicile. Le développement de ces formules est certes encouragé et financé, mais uniquement en ce qui concerne les personnes affectées par la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés, alors que les besoins auxquels elles peuvent répondre sont beaucoup plus larges. En conséquence, des agents d'ARS peuvent se trouver dans des configurations où ils devront faire preuve de conviction et d'esprit offensif auprès des services des conseils généraux afin de réaliser des objectifs dont les effets induits sont en décalage avec une partie des orientations de l'action publique, tout autant qu'ils heurtent leur conviction. Le paradoxe précédemment évoqué conduit en effet à privilégier, à l'exclusion de toute autre option, des formules d'aide et de soins qui conduisent des personnes âgées malades à attendre la fin de leur vie isolées (hormis pour ce qui est des visites de professionnels) dans leur domicile.

Si dans la Grande-Bretagne des années 1980 et 1990, l'interrogation portait sur le décalage entre les référentiels d'intervention sociale affichés par le pouvoir politique et ceux qui gouvernaient les choix stratégiques des protagonistes de la mise en œuvre, la question clé dans le cas français étudié est bien celle de l'ambivalence. Le terme définit ici moins les valeurs et objectifs associés à l'action publique que ses instruments, dans les cas présents des catégories d'intervention (vulnérabilité et fragilité) ou des instruments de programmation et de pilotage dont la mobilisation et l'utilisation sont susceptibles de répondre à des registres différents. La mobilisation des catégories de vulnérabilité et de fragilité peut correspondre à une prise en compte individualisée et non stigmatisante de l'environnement, des situations et besoins des personnes âgées dans une perspective de réduction des inégalités et/ou au ciblage (équitable) des ressources de la solidarité publique et de la démarchandisation sur les populations les plus vulnérables. L'architecture juridique et institutionnelle des ARS peut autoriser l'utilisation d'outils de pilotage et de programmation à des fins de hiérarchisation pluraliste et rigoureuse des besoins des populations dans un cadre budgétaire contraint et/ou un rationnement rapide et moins discriminé des ressources de la solidarité publique. Les sensibilités ou convictions des opérateurs de l'action publique peuvent alors être heurtées, non pas parce qu'ils sont en porte-à-faux avec le référentiel affiché des politiques, auquel ils adhèrent, mais parce qu'ils interviennent dans une configuration qui les conduit à contribuer à sa non concrétisation. Dans ce qui constitue peut-être un effet du perfectionnement d'instruments du management public d'abord déployés dans la Grande-Bretagne des années 1980 et 1990, les agents des ARS françaises actuelles se trouvent dépourvus de marges stratégiques qui, telles celles dont disposaient les agents britanniques il y a deux décennies,

leur permettraient de tempérer les effets des paradoxes de l'action publique sur les populations qu'elle vise.

## **Conclusion**

Les ambivalences potentielles qui caractérisent la mobilisation et l'utilisation, des critères et catégories d'intervention, ainsi que des instruments de programmation et de pilotage évoqués, pourraient être référées au caractère hybride du système de protection sociale français (Barbier, Thérêt, 2009). Aux côtés des assurances sociales, celui-ci incorpore de manière croissante des modes de financement, de gouvernance et d'accès aux droits et prestations qui renvoient pour une part à l'universalisme faible et, pour une autre, à l'introduction de mécanismes de marché. Les analyses effectuées ici à propos de l'utilisation de critères et de catégories d'intervention, d'instrument de programmation et de pilotage des politiques de la vieillesse peuvent renvoyer aux incertitudes relatives à l'évolution du système de protection sociale français sans pour autant offrir la possibilité de trancher. Dans le champ étudié ici, les évolutions observées peuvent traduire la permanence du caractère hybride du système de protection sociale français ou être envisagées comme des inflexions incrémentales traduisant une évolution vers un système articulant le recours à des mécanismes de marché compensé par le déploiement de dispositifs de protection publique minimalistes à destination des populations les plus vulnérables.

Les tenants de l'hypothèse du recours croissant à des mécanismes de marché compensé par le déploiement de dispositifs de type universaliste faible à destination des populations vulnérables (Palier, 2005) soulignent que la transformation pas à pas du système de protection sociale français s'effectue sans débats éclairant les enjeux et conséquences des mutations à l'œuvre dans la recomposition de la protection sociale. De fait, dans le champ de la vieillesse, les ambivalences analysées pourraient également être indexées à des non choix ou, pour être plus précis, à des choix qui ne sont pas explicités et affichés clairement dans l'arène politique. Cette absence de choix explicite peut être référée aux vertus pacificatrices de l'ambiguïté en politique (Jenson, 2012 ; Palier, 2008) et/ou (hypothèse non exclusive) à des équilibres de rapports de forces dans les forums d'action publique. La deuxième proposition est illustrée, dans le cas présent, par l'ambivalence des registres sur lesquels les notions de vulnérabilité et de fragilité sont mobilisées suivant la coloration politique des protagonistes et/ou les questions qu'ils traitent prioritairement (parcours et accompagnement des personnes ou soutenabilité des dispositifs). De même, il a été indiqué que le caractère hybride des instruments de programmation et de pilotage de la mise en œuvre des politiques médico-sociale traduit un compromis entre des héritages et modèles distincts, portés par des coalitions d'acteurs différentes.

Dans cette configuration, les arbitrages concrets (qui, cumulés, marquent l'évolution effective des orientations de l'action publique) sont délégués aux protagonistes de la mise en œuvre. Ces derniers disposent en principe de marges institutionnelles. Toutefois, les tensions (irrésolues) entre modèles de programmation et de pilotage qui ont marqué l'élaboration du cadre législatif et institutionnel perdurent lorsqu'il s'agit de déployer effectivement les instruments. Dans les faits, les marges de manœuvre des agents et responsables des ARS sont (au moment où l'étude a été effectuée) délimitées par l'imposition d'objectifs chiffrés à atteindre dans des délais étroits, marquant la primauté des instruments de pilotage privilégiés par l'administration des finances, via la CNSA.

Au plan des approches théoriques des politiques sociales, il peut être retenu des cas étudiés qu'ils illustrent la proposition classique selon laquelle l'action publique articule construction

symbolique de la cohésion de la société, tout en étant traversée par les tensions qui la fragmentent (Muller, Surel, 1998). Toutefois, cette articulation s'effectue selon des schémas différents de ceux qui étaient initialement envisagés dans l'approche par les référentiels. Un discours de communication politique consensuel coexiste avec un langage de coordination de l'action publique suffisamment ambivalent pour autoriser des arbitrages qui contredisent les objectifs affichés. La régulation des tensions qui traversent les politiques sociales ne passe pas nécessairement ou uniquement par la construction de compromis et de représentations communes aux différents niveaux de formation et de mise en œuvre, y compris les plus locaux (Warin, 1995). L'existence de désajustements entre un discours de communication consensuel et les arbitrages concrets implique que ce qui fait « tenir » l'action publique peut relever d'autres mécanismes. Dans le cas présent, l'ambivalence des catégories et instruments d'une politique sociale implique la délégation contrainte aux protagonistes de la mise en œuvre d'arbitrages contraires à une partie des objectifs affichés des politiques de la vieillesse. La mise à distance, voire l'indifférence (Piron, 2003) vis-à-vis des pressions locales et la faible visibilité des conséquences des arbitrages concrets peuvent constituer une modalité d'accommodement des contradictions des politiques sociales. Alternativement, ces mêmes contradictions peuvent conduire les protagonistes de la mise en œuvre à s'interroger sur le sens de leur travail. Dans cette perspective, les cas présentés indiquent, qu'au delà de l'analyse des discours de communication et de coordination de l'action publique, l'étude de l'évolution des référentiels des politiques sociales peut utilement incorporer deux autres types d'objet : l'étude contextualisée du travail et de la subjectivité des protagonistes de la mise en œuvre d'une part et, d'autre part, les incidences en termes de régimes de gouvernement des populations visées par l'action publique.

## Références

### Articles et ouvrages

Abrahmason P., 2010, "European Welfare States Beyond Neoliberalism: Toward the Social Investment State", *Development and Society*, vol. 39 n° 1, p. 61-95

Argoud D., 2008, « Le rôle des agences dans la reconfiguration des politiques sociales. L'exemple de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) », journées du RT6 de l'Association Française de Sociologie, *La légitimité des politiques sociales en question*, Grenoble, 17-18 janvier, [http://www.rtf6.org/article.php3?id\\_article=22](http://www.rtf6.org/article.php3?id_article=22).

Argoud D., 2009, « Les politiques du libre choix : vers la fin du politique ? », *Gérontologie et société*, 4 (n° 131), pp. 53-61.

Arnsperger C., 2005, « L'ESA comme nouveau paradigme de la justice sociale. L'avènement du solidarisme responsabiliste et l'inversion de la solidarité », in Vielle P., Pochet P., Cassiers I., dir., *L'Etat social actif – Vers un changement de paradigme ?*, Bruxelles, PIE – Peter Lang, pp. 279-300.

Barbier J-C., 2008a, « L'activation de la protection sociale : existe-t-il un modèle français ? », in Guillemard A-M., dir., *Où va la protection sociale ?*, Paris, PUF, Le Lien social, pp. 165-182.

Barbier J-C., 2008b, « La transformation des forums de politiques sociales en France », in Giraud O., Warin P., dir., *Politiques publiques et démocratie*, Paris, La Découverte/PACTE, pp. 217-240.

- Barbier J-C., Theret B., 2009, *Le système français de protection sociale*, Paris, La Découverte, Collection Repères.
- Bezes P., 2010, « Morphologie de la RGPP », *Revue française d'administration publique*, 4 (n° 136), pp. 775-802.
- Bode I., « La nouvelle donne du marché providence », *Retraite et société*, n° 51/1, pp. 207-233.
- Bonoli G., 2007, "Time Matters: Postindustrialization, New Social Risks, and Welfare State Adaption in Advanced Industrial Democracies", *Comparative Political Studies*, 40 (5), p. 495-520.
- Busch A., 1999, "From 'Hooks' to 'Focal Points': The changing Role of Ideas in Rational Choice Theory", in Braun D., Busch A., eds., *Public Policy and Political Ideas*, Cheltenham, Edward Elgar, pp. 30-40.
- Duvoux N., 2009, « L'injonction biographique dans les politiques sociales », *Informations sociales*, 6 (n° 156), pp. 114-122.
- Ennuyer B., 2002, *Les malentendus de la dépendance: de l'incapacité au lien social*, Paris, Dunod.
- [Esping-Andersen](#) G., Palier B., 2008, *Trois leçons sur l'Etat-providence*, Paris, Seuil, coll. « La république des idées ».
- Fassin D., 2004, dir, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte.
- Frinault T., 2005, « La réforme française de l'allocation dépendance ou comment bricoler une politique publique », *Revue Française de Science Politique* », vol. 55, n° 4, pp. 607 à 632.
- Frinault T., 2009, *La dépendance, un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, coll. Res Publica.
- Genard J.-L., 2009, « Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance », in Périlleux T. & J. Cultiaux, dir., *Destins politiques de la souffrance. Intervention sociale, justice, travail*, Toulouse, Éditions Erès, pp. 27-45.
- Giraud O., 2004, « Les représentations dans l'analyse de l'action publique en France et en Allemagne – Entre traditions étatiques et traditions intellectuelles », in Zimmerman B., dir., *Les sciences sociales à l'épreuve de l'action*, Paris, Editions de la Maison des sciences de l'homme, pp. 145-176.
- Giraud O., Warin P., 2008, « Les politiques publiques : une pragmatique de la démocratie », in Giraud O., Warin P., dir., *Politiques publiques et démocratie*, Paris, La Découverte/Pacte, pp. 7-31.
- Guillemard A-M., 2007, « Pourquoi l'âge est-il en France le premier facteur de discrimination dans l'emploi ? », *Retraite et société*, n° 51/1, pp. 11-25.
- Hall P.A., 1993, "Policy paradigms, social learning and the state: the case of economic policymaking in Britain", *Comparative Politics*, 25 (3), pp. 275-295.

Nenrard J-C., Ankri J., 2003, *Vieillesse - grand âge et santé publique*, Rennes, Presses de l'ENSP.

Hudebine H., 2013, « De la dépendance... à la fragilité et à la vulnérabilité dans les politiques de la vieillesse en France ? », in Béland F., Michel H., dir., *La fragilité des personnes âgées, Définitions, controverses et perspectives d'action*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Hudebine H., 2009, « L'impact des réformes administratives des conservateurs britanniques sur la subjectivité des agents publics locaux », *Pyramide*, N° 18, Vol. 2, pp. 151-173.

Hudebine H., 2008, « La prise en compte des inégalités sociales dans les politiques de santé durant l'ère conservatrice en Grande-Bretagne (1979-1997) », in Aïach, Pierre, Niewiadomski, Christophe, dir., *Lutter contre les inégalités sociales de santé*, éditions EHESP, collection « Recherche Santé Social », p. 121-160.

Hudebine H., 2005, « Culture commune de la prévention des conduites à risques et coordination locale des politiques de la drogue : une étude de cas britannique », in M. Joubert, dir., *Ville, santé mentale et toxicomanies quelles préventions*, Editions Erès, p. 355-376.

Jenson J., 2012, "Redesigning citizenship regimes after neo-liberalism : moving towards social investment", in Morel N., Palier B., Palme J., eds., *Towards a Social Investment Welfare State – Ideas, Policies and Challenges*, Bristol, Chicago, The Policy Press.

Jobert B., 1985, « Les politiques sociales et sanitaires », in Leca J., Grawitz M., dir. *Les politiques publiques, Traité de Science Politique*, vol. 4., Paris, Presses Universitaires de France, pp. 301-342.

Jobert B., Muller P., 1987, *L'Etat en action*, Paris, PUF.

Jourdain A., Bréchat P.H., 2012, *La nouvelle planification sanitaire*, Editions de l'EHESP.

Le Bihan B., 2013, « La politique en matière de dépendance. En France et en Europe : des enjeux multiples », *Gérontologie et société*, 2 (n° 145), pp. 13-24.

Le Bihan-Youinou B., 2010, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France », *Informations sociales*, 1 (n° 157), pp. 124-133.

Lieberman R., 1995, "Social construction - Reply to Anne Schneider and Helen Ingram", *American Political Science Review*, 89(2), pp. 437-441.

Lima L., 2010, L'expertise sur autrui comme nouveau mode de régulation de la protection sociale. Principes et dispositifs, Working Papers du réseau thématique 6 de l'Association française de sociologie, n° 2010-1, [http://rt6-afs.org/IMG/pdf\\_WP2010-1Lima.pdf](http://rt6-afs.org/IMG/pdf_WP2010-1Lima.pdf).

Lopez A., 2012, « Structurer la politique nationale de santé, une ambition raisonnable », *Santé Publique*, 3, vol. 24, p. 241-251.

Mandin L., 2007, *Des préretraites au vieillissement actif : l'évolution des politiques sociales pour les travailleurs âgés de plus de 50 ans en France et en Allemagne (1970-2007) - L'Europe, un levier d'action pour sortir du sentier des préretraites ?*, thèse de doctorat en science politique, Paris, Institut d'Etudes Politiques.



- Martin-Papineau N., 2012, « La construction de la politique de santé », in Castaing, C., dir., *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, Les Editions Hospitalières.
- Michel H., 2012 « La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive », *Retraite et société*, 1, n° 62, pp. 174-181.
- Muller P., 2000, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 2, pp. 189-207.
- Muller P., Surel Y., 1998, *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Montchrestien, collection Clefs.
- Nicole-Drancourt C., 2007, « L'approche par les parcours et les cycles de vie : un rempart contre les discriminations ? », *Retraite et société*, n°51/2, pp. 175-205.
- Palier B., 2005, *Gouverner la Sécurité Sociale : les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, PUF, Quadrige.
- Palier B., 2008, « De l'ambiguïté en politique », in Giraud O., Warin P., dir., *Politiques publiques et démocratie*, Paris, la Découverte/PACTE, pp. 93-108.
- Pierru, F., 2012a, La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel, in Castaing, C., dir., *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, Les Editions Hospitalières.
- Pierru, F., 2012b, « Planifier la santé, une illusion technocratique ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 4, n° 37, pp. 83-94.
- Piron, F., 2003, La production politique de l'indifférence dans le Nouveau management public, *Anthropologie et Sociétés*, Vol. 27, n°3, pp. 47-71.
- Powell J., Edwards M., 2002, "Policy Narratives of Aging: The Right Way, the Third Way or the Wrong Way", *Electronic Journal of Sociology*, vol. 6, n° 1 (April). <http://www.sociology.org/content/vol006.001/powell-edwards.html>, consulté le 15/01/2010.
- Sabatier P. A., Schlager E., 2000, « Les approches cognitives des politiques publiques : perspectives américaines », *Revue Française de Science Politique*, Vol. 50, N° 2, avril, pp. 209-234.
- Schlager E., 1999, "A Comparison of Frameworks, Theories and Models of the Policy Making Process", Sabatier P. A., ed., *Theories of the Policy Process*, Boulder, Westview Press Boulder, pp. 233-260.
- Schmidt, V. A., 2002, "Does discourse matter in the politics of welfare state adjustment?", *Comparative Political Studies*, vol. 35, n° 2, pp. 168-193.
- Schmidt V. A., Radaelli C. M., 2004, "Policy Change and Discourse in Europe: Conceptual and Methodological Issues", *West European Politics*, 27 (2), pp. 183-210.
- Schneider A., Ingram H., 1993, "Social construction of target populations: implications for politics and policy", *American Political science Review*, vol. 87, n° 2, June, pp. 334-347.

Soulet M.-H., 2005, « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique », *Pensée Plurielle*, n° 10, vol. 2, p. 49-59.

Soulet M.-H., 2008, « La vulnérabilité : un problème social paradoxal », in Châtel V., Roy S., dir., *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 65-90.

Thomas H., 1996, *Vieillesse dépendante et désinsertion politique*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques politiques.

Thomas H., 2010, *Les vulnérables. La démocratie contre les pauvres*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, collection terra.

Vidana, J.-L., 2012, Les agences régionales de santé : de l'usage du mythe du préfet sanitaire, *Revue de droit sanitaire et social*, n° 2, p. 267-279.

Vrancken D., 2010, Le Nouvel Ordre protectionnel – De la protection sociale à la sollicitude publique, Lyon, Editions Parangon, collection Situations & critiques.

Warin P., 1995, « Les politiques publiques, multiplicité d'arbitrages et construction de l'ordre social », in Faure A., Pollet G., Warin P., dir., *La construction du sens dans les politiques publiques - Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, Editions de L'Harmattan, pp. 85-101.

Zittoun P., 2000, « Quand la permanence fait le jeu du changement : coalitions et transformations de la politique du logement », *Politiques et Management Public*, vol. 18, n°2, pp.123-147.

### **Documents cités**

Boulmier M., 2009, *L'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique : Un chantier d'avenir*, Rapport remis à Monsieur Benoist Apparu, Paris, Secrétariat d'Etat au logement et à l'urbanisme, la Documentation Française.

Boulmier M., 2010, *Bien vieillir à domicile - Enjeux d'habitat, enjeux de territoires*, Rapport remis à Monsieur Benoist Apparu, Paris, Secrétariat d'Etat au logement et à l'urbanisme, la Documentation Française.

Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille, 2006a, Plan national "Bien Vieillir" 2007 – 2009, Paris, Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille.

Brongniart P., Mercier A., Stellingner A., 2007, *L'Etat-providence face à la mutation des risques sociaux*, Paris, Fondation pour l'Innovation Politique.

Broussy L., 2011, *Pour une prise en charge solidaire et pérenne du risque dépendance*, Projet 2012, Contribution n° 2, Paris, fondation Terra Nova.

Bruant-Bisson A., Aube-Martin P., Reboul J.-B., 2010, *Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles*, IGAS, Inspection générale des finances, Paris, la Documentation Française.

Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie, 2011, *Rapport de la CNSA 2010 – Pour une politique de prévention au service de l'autonomie*, conseil du 12 avril, Paris, CNSA.

Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, 2010, *Circulaire CNAV n° 2010-69 du 17 septembre 2010*

Centre d'Analyse Stratégique (CAS), 2006, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes » conduite par Stéphane Le Bouler, Premier Ministre.

Coquillon M., 2007, *L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins*, Paris, Conseil Economique et Social.

Fragonard B., Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2011, *Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées - Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance*, Paris, la Documentation Française.

Geiss R., 2007, *Après le Japon, la France... Faire du vieillissement un moteur de croissance*, Paris, Institut Montaigne.

Le Guen J-M., 2010, *Retraites et vieillissement : Pour un nouveau contrat social*, Paris, Fondation Jean Jaurès, coll. Les essais.

Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, 2008, Plan National "Alzheimer et maladies apparentées" 2008-2012.

Morel A., Veber O., Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2011, *Société et vieillissement - Rapport du groupe n°1, constitué dans le cadre du débat national sur la dépendance*, Paris, la Documentation Française.

Rialle V., 2007, Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille, rapport remis à Monsieur Philippe Bas, Ministre de la Santé et des Solidarités, Paris, Ministère de la Santé et des Solidarités.

Rosso-Debord V., 2010, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*, rapport, Assemblée nationale, n° 2647, 23 juin.

Vasselle A., 2008, *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création d'un cinquième risque*, Paris, Sénat, La documentation française.

Weber M., Vérollet Y., 2011, *La dépendance des personnes âgées*, Avis du Conseil économique, social et environnemental, Paris, la Documentation Française.